

[보건복지부 공모 제2022- 833호]

「중증소아 단기입원서비스 시범사업」의 참여기관 공모를 다음과 같이 실시하오니, 관련 의료기관의 적극 참여 바랍니다.

2022년 11월 28일

보건복지부 장관

「중증소아 단기입원서비스 시범사업」 참여기관 공모

1. 시범사업 목적

24시간 의료기기 의존이 필요한 중증 소아청소년 환자를 대상으로 보호자 없는 단기입원서비스를 제공하여 가족의 심리적·신체적 소진으로 환자에게 발생할 수 있는 합병증 등을 예방하고 환자 가족의 삶의 질을 개선하고자 함

2. 시범사업 기간 : 2023.1.1. ~ 2025.12.31. (3년)

3. 신청대상 및 방법

가. 신청대상 의료기관

- 시범사업 참여를 원하는 3기 어린이 공공전문진료센터 중
중증소아 단기입원서비스 시설·인력·장비 기준을 충족하는 기관
- '23년 중증소아 단기입원병동 운영 계획 중인 의료기관 신청 가능
- ※ 신청기관이 3기 어린이 공공전문진료센터로 지정되지 않는 경우, 시범사업 대상에서 제외됨

나. 신청서 제출

- 제출기간: '22. 11. 28.(월)~'22. 12. 15.(목) 18:00까지(서류 제출 완료분에 한함)
- 제출서류: 시범사업 신청 관련 서류 각 1부 ※ [붙임1] 참조
 - 참여 신청서·약정서[별지 제1, 2호 서식]
 - 병동병상운영·장비·의료인력 현황 [별지 제3~5호 서식]
- 제출방법: 전자공문서, 우편, 방문 중 선택하여 제출

▶ 전자공문서

- (수신자) 건강보험심사평가원장(의료체계개선실장)
- (첨부파일 용량) 5MB 이내 (전자문서 유통 허용 용량)
 - 용량 초과 시, 우편 및 방문으로 별도 송부(유선 문의)
 - 발송 후 접수 여부를 심사평가원 담당자에게 확인하여야 함

▶ 우편 및 방문

- (주소) 강원도 원주시 혁신로 60, 건강보험심사평가원 의료체계개선실 의료체계정책개발부(16층) (우 26465)

▶ 문의: jyoon518@hira.or.kr, (033) 739-1611

※ 등기우편 접수 시 반드시 도착여부 확인 요망

○ 기타사항

- 접수된 자료는 일체 반환하지 않음

4. 선정 기준 및 방법

○ 선정기준

- 시설·인력·장비 기준 충족 여부 확인 ※ [붙임2] 참조

* '23년 2월 이후 사업 수행 예정인 의료기관은 사업 시작 전 병동병상운영·장비·의료인력 현황 재 제출 요망

○ 선정방법

- 기준 충족 여부를 서면 심사하여 선정 (필요 시 현장 방문)

○ 선정결과 발표

- 12월 중 보건복지부 홈페이지(알림→공지사항) 공고 또는 개별통보

5. 시범사업 참여기관 준수사항

○ 이행약정체결 및 시범사업 수행

- 시범사업 기관으로 선정된 기관은 시범사업 시작 전 준수사항에 대해 이행 약정 체결
- 시범사업 기관으로 선정된 기관은 시범사업 지침에 따라 시범사업 수행

○ 지침 준수

- 시범사업 기관은 시범사업 지침을 준수하여야 하며 이를 준수하지 않을 경우 시범사업 중단 및 시범사업 기관 지정이 취소 될 수 있음

○ 자료 제출 의무

- 시범사업 기관은 보건복지부 및 건강보험심사평가원이 시범사업에 대한 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요한 자료 요청 시 지체 없이 제출하여야 함

[별지 제1호 서식] 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 참여 신청서

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 참여 신청서(의료기관용)

기관명		요양기호	
대표자명		전화번호	
기관 주소			
시범사업 참여기간 (※해당 차수 모두 선택)	<input type="checkbox"/> 1차년도(2023년) <input type="checkbox"/> 2차년도(2024년) <input type="checkbox"/> 3차년도(2025년)		
<p>본 의료기관은 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관에 참여를 신청하고 시범사업 수행기관 참여 약정서를 첨부와 같이 제출합니다.</p> <p style="text-align: center;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인(대표자, 기관장) (서명 또는 인)</p> <p style="text-align: center;">보건복지부장관 귀하</p>			
* <첨부> 시범사업 수행기관 참여 약정서			

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 참여 약정서(의료기관용)

기관명 :

요양기호 :

위 기관은 중증소아 단기입원서비스 시범사업(이하 “시범사업”) 수행기관(이하 “시범기관”)으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 수가 반환 및 시범사업 기관 지정 취소 등 보건복지부(이하 “복지부”)의 조치를 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

- 가. 시범기관은 시범사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 시범사업과 관련하여 복지부가 협의 등을 요청하면 적극 협력하여야 한다.
- 나. 시범기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 복지부의 요청 사항에 대해 적극 협조하여야 한다.
 - ① 시범기관은 복지부의 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 시범사업을 운영하여야 한다.
 - ② 시범기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 복지부가 시범사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때는 지체 없이 제출하여야 한다. 또한 위와 같은 사유로 의료기관 출입을 요청하거나 관련서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.
 - ③ 시범기관은 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 입원 시 시범사업 내용을 설명하고 환자의 동의를 받아야 한다.
- 다. 시범기관은 시범사업과 관련하여 복지부가 협의 등을 요청하면 이에 적극 협력하여야 한다.

2. 운영계약 체결 및 관련서류 제출 등

시범기관은 시범사업에 투입되는 의료진에 대해 직접 고용함을 원칙으로 하며, 관련 서류를 보관하고 관련 서류 제출을 요구받는 경우 지체 없이 제출하여야 한다.

3. 점검상의 조치

- 가. 복지부는 시범사업 수행에 대한 지도점검 및 평가 등을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 의료기관을 출입하거나 관련서류의 열람·제출 등을 요구할 수 있다.
- 나. 복지부는 시범기관이 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우, 시범기관에 대해 시범사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.

4. 시범사업의 중단

시범기관은 시범사업 기간 중 폐업하거나 국민건강보험법 제98조제1항에 따른 업무정지

처분을 받는 등 관계법령에 따라 시범사업을 계속 수행할 수 없는 사유가 발생한 때에는 해당 기간 동안 시범사업 참여가 중단된다.

5. 제재조치 등

- 가. 시범기관은 시범사업 운영지침 등의 기준을 위반하여 관련 금액 등을 지급받은 경우에는 그 금액의 전부를 국민건강보험공단(이하 “건보공단”)에 반환하여야 한다.
- 나. 시범기관은 착오, 허위 기타 부당한 방법으로 지급받은 금액에 대해 지체 없이 건보공단에 반환하여야 한다.
- 다. 건보공단은 가~나목에 따른 확인점검 및 자료제출을 요구할 수 있다. 이 경우 시범기관은 이에 적극 협조할 의무가 있으며, 이를 거부하는 경우에는 관련 금액 등을 지급하지 아니할 수 있다.
- 라. 시범기관이 가~나목에 의하여 건보공단으로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 건보공단이 시범기관에 지급하여야할 금액이 있는 경우 그 지급을 정지하거나 요양급여 비용 등이 있을 때에는 반환하지 않은 금액과 상계할 수 있다.
- 마. 건강보험심사평가원 및 건보공단은 시범기관이 가~다목의 사유에 해당한 때 또는 이행 약정서의 내용과 상이하게 시범사업을 운영하는 등의 사유로 금액을 지원하는 것이 불합리하다고 판단될 경우에는 시범기관의 시범사업 중단 등의 조치를 복지부에 요청할 수 있다. 이때, 복지부는 특별한 사유가 없을 경우 시범기관의 시범사업 중단 등의 조치를 한다.

6. 준용

이 이행약정서에 명기되지 아니한 사항에 대해서는 관계법령, 시행지침 그 밖에 사회통념상 합리적인 기준에 따라 처리한다.

년 월 일

기관장 (직인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제3호 서식] 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 병동 병상 운영 현황

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 병동 병상 운영현황					
요양기관명		요양기관기호		종 별	
소 재 지		작성자 성명		전화번호	
① 중증소아 단기입원서비스 시범사업 병동		운영병동 수 () / 운영병상 수 ()			

연번	② 병동명	③ 총 운영병상 수	④ 병실구분별 운영병상 수				⑤ 적용일자 (from)	⑥ 적용일자 (to)
			1인실	2인실	3인실	4인실		
1								
2								
3								
4								

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 병동 병상 운영현황을 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

【 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 병동 병상 운영현황 작성요령】

- ① 중증소아 단기입원서비스 시범사업으로만 운영하는 실제 병동 수 및 병상 수를 기재
- ② 병동명: 중증소아 단기입원서비스 시범사업 병동 명칭(예; 31병동, 진달래병동 등)
- ③ 총 운영병상 수: 해당 병동의 운영병상 수의 합으로, 병실구분별 운영병상 수(④)의 합을 표시
- ④ 병실구분별 운영병상 수: 중증소아 단기입원서비스 시범사업 병동의 병실별 실제 운영 중인 병상 수를 각각 기재하되, 병상의 인실구분은 요양급여비용 청구 시 산정하는 단기입원관리료를 기준으로 구분
- ⑤ 적용일자(from): 중증소아 단기입원서비스 시범사업 병동 병상 운영현황의 변경일, 8자리 숫자로 기재 (예; 20160101)
- ⑥ 적용일자(to): 중증소아 단기입원서비스 시범사업 병동 병상 운영현황의 변경일(99991231 표시), 병동 종료 등 변경 시 8자리 숫자로 기재(예; 20161231)

[별지 제4호 서식] 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 시설 및 장비 현황

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 시설 및 장비 현황						
요양기관명		요양기관기호		종 별		
소재지		작성자 성명		전화		
병동명				번호		
구분		시설/장비명	시설 및 장비 보유현황		시설 및 장비 위치	
시설 현황	간호지원	간호사스테이션	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		간호사실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		처치실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		청결물실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		린넨실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		오염물처리실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		(오염)세탁물 보관실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
	편의시설	목욕실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		테이룸(부모쉼터)	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		유모차 및 휠체어 보관 공간	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		배선실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
	상담/교육	상담실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
		프로그램실	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동	<input type="checkbox"/> 어린이병원
	장비 현황	환자용 침대	()개	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동		
환자 모니터		()개	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동			
자동 제세동기(AED)		()개	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동			
응급키트		()개	<input type="checkbox"/> 시범사업 병동			
중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 시설 및 장비 현황을 제출합니다.						
년 월 일 개설자(대표자) (서명 또는 인) 보건복지부장관 귀하						
구비서류: 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 병동 평면도, 어린이공공전문진료센터 평면도						

[별지 제5호 서식] 중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 의료인력 현황

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 의료인력 현황					
요양기관명		요양기관기호		종 별	
소재지		작성자 성명		전화번호	
병동명					

① 연번	② 주민등록번호	③ 직종	④ 성명	⑤ 면허(자격)종류	⑥ 면허(자격)번호	⑦ 근무시작일자 (from)	⑧ 근무종료일자 (to)
1	-						
2	-						
3	-						
4	-						
5	-						
6	-						
7	-						
8	-						
9	-						
10	-						

중증소아 단기입원서비스 시범사업 수행기관 의료인력 일반현황을 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자)

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

- ① 연번
- ② 주민등록번호
- ③ 직종(코드번호로 기재)
01. 의사, 02. 수간호사, 03. 간호사, 04. 기타
- ④ 성명: 한글로 띄어쓰기 없이 기재(예; 홍길동)
- ⑤ 01. 의사, 02. 간호사, 03. 간호조무사, 04. 물리치료사, 05. 작업치료사, 06. 사회복지사, 08. 기타, 09. 없음
- ⑥ 면허(자격)번호: 띄어쓰기 없이 기재
- ⑦ 근무시작일자(from): 해당 병동 근무시작일을 8자리 숫자로 기재(예; 20160101)
- ⑧ 근무종료일자(to): 해당 병동 근무종료일을 8자리 숫자로 기재(예; 99991231)

구비서류: 경력증명서(해당 시), 면허(자격)증 사본

○ 시설 기준

- 신청기관은 아래의 시설기준을 충족하여야 하며, 그 외 사항은 의료법 등 관계법령에 따라 필수 시설을 갖추어야 함

<시설 기준>

구분	실명	실수	비고
입원	병실	1개실 이상	- 단기입원서비스 전용 병실 - 병실 당 4병상 이하
	병상	최소 4병상 이상	
간호지원	간호사스태이션	1	어린이 병원(병동) 내 시설 활용 가능
	간호사실	1	
	처치실	1	
	청결물실	1	
	린넨실	1	
	오염물처리실	1	
	(오염)세탁물 보관실	1	
편의시설	목욕실	1	
	데이룸(부모쉼터)(권장)	1	
	유모차 및 휠체어 보관공간(권장)	1	
	배선실	1	
상담/교육	상담실	1	
	프로그램실(권장)	1	

○ 인력 기준

- 신청기관은 아래의 인력기준에 따라 필수 시설·장비 운용에 필요한 전문인력을 확보하여야 하며 그 외 사항은 의료법 등 관계법령에 따라 필수 의료인력을 충족하여야 함
- (필수인력) 의사, 간호사
 - (의사) 단기입원 제공계획 수립, 입원서비스 감독, 응급 시 대처 등 환자의 건강상태에 대한 전반적인 관리·감독을 수행
 - (간호사) 환자 안전과 직접 연관이 있고, 의학적 지식 요구도가 높은 전문영역의 간호행위를 수행, 수간호사 1명 필수
- (선택인력) 그 외 재활치료사, 영양사, 약사, 간호조무사 등

<인력 기준>

구분	인원수	전임/겸임	비고
의사 (소아청소년과 전문의)	1명 이상	겸임*	- 24시간 on call 시스템 가동 (당직체계 구축) - 담당 전문의 지정
수간호사	1명		- 종합병원급 이상 의료기관에서 소아청소년 분야 임상경력 2년 이상
간호사	간호사당 환자 수 1 : 5 이하		- 24시간 간호서비스 제공

* 간호사는 단기입원병동 내 중증소아 환자 입원 시 전담 근무

○ 장비 기준

- 신청기관은 아래의 장비기준을 충족하여야 하며, 그 외 사항은 의료법 등 관계법령에 따라 필수 장비를 갖추어야 함

<장비 기준>

구분	장비명	대수
중증소아 단기입원 병동	환자용 침대	병상 수
	환자 모니터 (Patient monitor)	병실 당 1대
	자동 제세동기(AED)	1대 이상
	응급키트	1대 이상